FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE

N° 135

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline DELAYRE

Née le 29 Novembre 1919, à Bruxelles (Belgique).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES METRITES DU COL PAR LA PENICILLINE

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DELAYRE.**

Prénom : **Jacqueline.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DELAYRE (Jacqueline) — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Mcdec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DELAYRE.**

Prénom : **Jacqueline.**

Date de soutenance :

Numérc d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DELAYRE (Jacqueline) — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Mcdec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

DELAYRE (Jacqueline). — Contribution à l'étude du traitement des métrites du col par la pénicilline. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DELAVRE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacqueline DELAYRE

Née le 29 Novembre 1919, à Bruxelles (Belgique).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES METRITES DU COL PAR LA PENICILLINE

Président : M. PORTES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Roussy, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... BINET

ASSESSEUR. ..... VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	N...
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON(L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	RICHET (Charles).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	LELONG.
Puériculture	DESGREZ (H.).
Radiologie médicale	DECHAUME.
Stomatologie	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER.
	DELMAS.
Anatomie pathologique	DELARUE.
	Mlle GAUTHIER VILLARS.
Bactériologie	BONNET.
	FASQUELLE.
Chimie médicale	ETTORI.
	N...
Chirurgie générale	AMELINE.
	FEVRE.
	FUNCK-BRENTANO.
	MENEGAUX.
	PATEL.
	SICARD.
	MERLE D'AUBIGNE.
	ROUX.
	PADOVANI.
	LEGER.
	HUGUIER.
	RUDLER.
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER.
	DEPARIS.
Maladies mentales	BARUK.
	DE SEZE.
Médecine générale	BARIETY.
	BOULIN.
	BROUET.
	CACHERA.
	COSTE.
	KOURILSKY.
	MAURIC.

	MM.
Médecine générale	DECOURT.
	LAMY.
	HAMBURGER.
	DREYFUS (G.).
	FAUVERT.
	GARCIN.
	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	LENEGRE.
	MARCHAL.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET.
	LACOMME.
	SUREAU.
	VARANGOT.
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT (L.).
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pharmacologie	CHEYMOL.
	N...
Physiologie	BARGETON.
	PARROT.
Physique médicale	N...
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*).
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.
Clinique obstétricale	ECALLE.
Clinique O.R.L.	HALPHEN.

	M.
Clinique médicale	CHEVALLIER

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef ..	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ***aucune approbation ni improbation.***

A MES PARENTS

A MES AMIS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
Gynécologue-Accoucheur de la Maternité de Paris

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse et qui nous a permis de réaliser cette étude dans son Service.

Qu'il nous permette ici de le remercier et de lui exprimer notre très respectueux dévouement.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Professeur de Clinique Gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'il trouve ici tous nos remerciements pour son précieux enseignement et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur Agrégé MAYER

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux de Paris

Qui fut l'instigateur et le guide de cette étude.

Qu'il nous permettre de le remercier ici de nous avoir fait bénéficier de son expérience sur la pénicillinothérapie.

A Monsieur le Docteur POILLEUX

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Avec toute notre reconnaissance pour la bienveillance et la sollicitude quotidienne qu'il nous a témoignés comme chirurgien-chef de l'HEM 407.

A Monsieur le Professeur ASCHHEIM

En témoignage de notre vive reconnaissance et de notre grand respect.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur LENORMANT.

Monsieur le Professeur M. LABBE (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur A. GOSSET (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur J. TROISIER (*in memoriam*).

Monsieur le Docteur GOUVERNEUR.

Monsieur le Docteur J. BERGER (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur GOUGEROT.

Externat :

Monsieur le Professeur FEVRE.

Monsieur le Docteur J. LEREBOULLET.

Monsieur le Docteur HILLEMAND.

Monsieur le Professeur MOCQUOT.

Monsieur le Professeur PORTES.

A NOS MAITRES

Monsieur le Docteur CORDIER
Professeur Agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur VARANGOT
Professeur Agrégé à la Faculté
Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Monsieur le Docteur MIALARET
Chirurgien des Hôpitaux

Aux Docteurs :

CARTEAUD, ARVISET, PALMER,

MUSSET, GRANJON, TRICOT

Au Docteur Michel LANVIN

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidée dans sa réalisation.

INTRODUCTION

Les affections du col et, en particulier, les lésions infectieuses aiguës ou chroniques jouent un rôle considérable dans la vie génitale de la femme.

Si, du point de vue gynécologique, elles ne présentent jamais l'apparence d'une affection grave, elles constituent un danger permanent et réel d'extension de l'infection à l'appareil génital tout entier. D'autre part, les cervicites, par leur chronicité, créent, chez certaines femmes, une véritable infirmité. Mais c'est surtout du point de vue obstétrical que leur rôle est le plus important. Les cervicites sont, en effet, à l'origine de bon nombre de stérilités. Au cours de la grossesse, elles favorisent l'endométrite et peuvent entraîner certains avortements spontanés. Au cours de l'accouchement, elles peuvent être la source d'anomalies de la dilatation, soit par la nature même des lésions, soit surtout en raison de thérapeutiques trop appuyées. Enfin, dans les suites de couches, on sait que les infections de l'arbre génital les plus bénignes en apparence peuvent être la cause de complications infectieuses graves.

Tout ceci pour dire que les cervicites n'ont peut-être pas le caractère aussi bénin qu'on leur accorde, en général, dans le public et qu'elles nécessitent un traitement strict et efficace, car ce traitement, pour avoir de la valeur, doit aboutir à une guérison complète et définitive.

Cet aspect de la question a, depuis longtemps, retenu

l'attention de différents auteurs et plusieurs étapes sont à distinguer dans le traitement des métrites du col :

— une étape de gynécologie médicale à base d'hygiène générale et d'antiseptiques locaux;

— une étape chirurgicale, où le grand nombre d'interventions pratiquées témoigne de leur résultat aléatoire;

— une étape physiothérapique, où l'électro-coagulation fit naître de grands espoirs quant à son efficacité, mais dont l'innocuité du point de vue gynécologique et obstétrical est loin d'être absolue;

— enfin, la sulfamidothérapie générale et locale améliora encore le pronostic de cervicites, mais on sait que les résultats en sont inconstants dans une proportion assez grande.

Les choses en étaient là lorsque la pénicilline prit sa place dans l'arsenal thérapeutique. Grâce à son action anti-infectieuse puissante, il était logique qu'elle prenne une place importante dans le traitement des métrites.

Cependant, les nécessités militaires et la rareté de la pénicilline en France devaient retarder son emploi au cours d'infections dont la gravité n'est pas imminente.

Si la pénicilline est une excellente thérapeutique, ce n'est cependant pas un moyen omnibus, étant donné la variété des lésions du col.

D'un autre côté, pour affirmer la guérison d'une métrite du col, il est nécessaire de s'assurer d'un recul suffisant.

Nous nous proposons donc dans ce travail d'exposer, d'une part, les modalités d'application de la pénicillinothérapie aux différents types de cervicites et, d'autre part, de juger des résultats obtenus sur les 50 cas que nous avons eu l'occasion de traiter depuis septembre 1945.

Tous ces cas furent observés et traités au Centre de Pénicillinothérapie de la Maternité de Port-Royal, dans le Service du Professeur PORTES, sous la direction du Docteur MAYER.

CONSIDERATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

L'individualité clinique et thérapeutique des métrites du col repose sur des constatations anatomiques, histologiques et anatomo-pathologiques.

Rappel anatomique.

Trois points anatomiques jouent un rôle dans les modalités d'application de la pénicillinothérapie aux lésions infectieuses du col :

— 1° la texture du col;

— 2° sa vascularisation;

— 3° la nature de sa muqueuse.

La musculature du col, moins épaisse que celle du corps, présente -également trois couches. La couche moyenne la plus puissante, descend jusque dans les lèvres, en y formant le sphincter externe du col. Mais elle ne présente pas, comme au niveau du corps, un fort stratum vasculaire. Les couches externe et interne faibles, mais incomplètes, ne présentent que quelques tractus longitudinaux.

Mais, outre ces éléments musculaires, des éléments élastiques et un tissu conjonctif dense, mêlés en grand nombre aux éléments contractiles, donnent au col une consistance supérieure à celle du corps.

D'ailleurs, la texture du col a été diversement décrite selon les auteurs. Acconci et Dittel insistent sur la présence d'éléments élastiques et de tissu conjonctif dense. Fieux considère que les éléments conjonctifs entrent, pour une part prépondérante, dans la texture du col.

Quoi qu'il en soit, le fait important sur lequel la plupart des auteurs sont d'accord est la petite quantité relative de fibres musculaires par rapport au tissu conjonctif et élastique.

Du point de vue thérapeutique, ceci a un intérêt, car il s'agit là de tissu moins sensible aux thérapeutiques générales.

Les artères du col, branches collatérales de l'artère utérine (cervico-vaginale, d'une part et rameaux longs pour la partie supérieure du col, d'autre part), sont longues. Quand elles abordent l'utérus, elles se divisent en deux branches, antérieure et postérieure. Elles s'opposent, par ces caractères, aux artères du corps, qui sont courtes et plongent d'emblée « jusqu'à la garde » dans le muscle utérin. Les artères du col, au contraire, restent primitivement superficielles, semblant « se donner la main d'un côté à l'autre. En un mot, le col est « entouré par ces vaisseaux, le corps en est pénétré » (Farabeuf).

Les vaisseaux, d'abord situés sous la couche musculaire externe, plongent « en pluie d'artérioles » dans le segment sus-vaginal, pour atteindre le museau de tanche, se distribuant dans les couches constituantes du col. Mais le col est relativement peu vasculaire et ce fait est d'importance quant à la moindre efficacité des traitements généraux.

Rappel histologique.

La muqueuse du col présente également des caractères propres qui la différencient de celle du corps.

La muqueuse du canal cervical est plus pâle, plus épaisse, plus résistante. Les glandes cervicales représentent des éléments fixes, qui ne subissent pas, comme les glandes du corps, une desquamation périodique. Les tubes glandulaires sont ramifiés et pénètrent dans l'épaisseur du muscle utérin. Ils sont entourés par un tissu conjonctif dense, où les éléments musculaires sont très rares. L'épithélium de revêtement des tubes glandulaires est formé par des cellules cylindrique, dont le noyau est basal et dont la partie superficielle est distendue par le produit de sécrétion des cellules, représenté par le mucus. Le maximum d'activité des glandes cervicales se fait dans l'intermenstrum.

Se continuant avec la muqueuse intracervicale, la muqueuse du museau de tanche commence, en général, à l'orifice externe. Elle est constituée par un épithélium pavimenteux stratifié, non kératinisé, mais fortement chargé en glycogène. Le chorion est composé d'éléments conjonctifs et élastiques, qui se continuent dans la profondeur du col, avec les cloisons intermusculaires.

Quelques faits méritent d'être dégagés de cette rapide étude :

1°) La muqueuse du museau de tanche et celle de l'endocervix sont très différentes;

2°) La muqueuse endocervicale est fixe et ne desquame pas;

3°) Elle présente des replis glandulaires nombreux et profonds.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Durel a remarquablement étudié l'anatomie pathologique des métrites du col, en établissant, suivant chaque forme histologique, une forme clinique correspondante.

Nous distinguerons avec cet auteur :

1°) Une cervicite congestive simple, qui se caractérise par :

— la conservation de l'épithélium avec infiltrat dissociant les cellules. Cet épithélium subit une hypertrophie modérée et transitoire;

— l'hypertrophie des glandes;

— l'inflammation aiguë du chorion. Celui-ci présente des lésions superficielles qui parfois cependant suivent les glandes vers la profondeur. Ces lésions s'accompagnent d'œdème;

— il n'y a pas atteinte de la sous-muqueuse.

Cette forme correspond, en clinique, à la cervicite érythémateuse, forme de début, qui peut s'associer ultérieurement à des lésions plus caractérisées;

2°) Une cervicite érosive. Dans cette forme, on note :

— l'aspect normal de l'épithélium de l'endocol. Sur l'exocol, au contraire, l'existence d'une érosion : à ce niveau, l'épithélium ne présente plus qu'une ou deux couches de cellules, ou revêt même le type cylindrique. Quatre mécanismes sont invoqués pour expliquer la présence, à cet endroit du col, d'un épithélium cylindrique;

— l'éversion-ectropion,

— la persistance de la disposition infantile,

— l'envahissement de la surface par l'épithélium glandulaire,

— la métaplasie du pavimenteux;

— les glandes subissent une hypertrophie modérée. L'importance des lésions glandulaires témoigne du degré d'infection;

— la réaction inflammatoire du chorion est plus marquée qu'au cours de la cervicite congestive simple.

Si ces lésions sont plus accentuées, la cervicite devient ulcéreuse.

3°) La cervicite ulcéreuse. Dans ce cas :

— l'épithélium est détruit;

— les glandes sont hypertrophiées, déformées, l'épithélium glandulaire est altéré et souvent, sous l'ulcération, les glandes sont détruites;

— la réaction inflammatoire du chorion va jusqu'à la formation de micro-abcès. Les vaisseaux sont lésés. Ces lésions vasculaires s'étendent à la sous-muqueuse, qui présente également des infiltrats cellulaires.

Ces deux formes, cervicite érosive et cervicite ulcéreuse, correspondent cliniquement à la cervicite érosive, avec ses divers degrés;

4°) La cervicite purulente ou muco-purulente. Dans ce cas :

— l'endocol est érodé ou même ulcéré. Suivant l'étendue de l'endocervicite, les lésions peuvent s'étendre à l'épithélium de l'exocol;

— les glandes sont très altérées. Les glandes normales de l'endocol, ainsi que celles qui se trouvent sur l'exocol par éversion ou néoformation, sont hypertrophiées, hyperplasiées. Leur épithélium est très filtré et desquamant, leur lumière occupée par du pus ou du muco-pus. Quelquefois même, de véritables petits abcès glandulaires s'ouvrent à la surface;

— le chorion présente des lésions inflammatoires, avec un aspect granulomateux maximum autour des glandes;

— l'atteinte de la sous-muqueuse se manifeste par des lésions inflammatoires, avec hyperplasie conjonctive.

Cette forme correspond cliniquement à la cervicite purulente;

5°) La cervicite kystique, caractérisée surtout par l'existence de kystes glandulaires. Leur contenu est muqueux, rarement purulent, avec peu d'éléments figurés;

— le chorion présente non seulement des lésions banales d'inflammation, mais surtout une réaction fibroblastique. Parfois, autour des vieux kystes, se forme une coque conjonctive.

La réaction fibroblastique est plus marquée encore dans la forme suivante.

6°) La cervicite glandulaire hyperplasique. Dans ce cas :

— l'hyperplasie glandulaire s'étend en îlots ou, plus rarement, en plages diffuses;

— l'épithélium présente des aspects divers;

— des séquelles d'inflammation périglandulaires au niveau du chorion s'associent à la réaction fibroblastique. Cette dernière s'étend à la sous-muqueuse, où l'on peut constater également des lésions de sclérose vasculaire.

Cliniquement, cette forme peut aboutir à la cervicite adénomatoïde. Les trois dernières formes, purulentes, kystique et hyperplasique, se signalent par la prédominance des lésions glandulaires. Cependant, dans la cervicite kystique et dans la cervicite glandulaire hyperplasique, si l'élément inflammatoire est moins marqué que dans la cervicite purulente, il n'en reste pas moins que ces formes traduisent une infection plus ou moins évolutive. D'ailleurs, cliniquement, la distinction est moins subtile et ces formes anatomo-cliniques sont souvent intriquées.

Suivant la prédominance des lésions choriales, DUREL distingue encore quatre autres formes :

— la cervico-vaginite à granulations lenticulaires,
— la cervicite ulcéro-bourgeonnante,
— la cervicite polypeuse,
— la cervicite scléreuse.

Dans toutes ces formes, les lésions glandulaires sont, pour ainsi dire, étouffées et même supprimées par l'exu-

bérance conjonctive. Les lésions d'inflammation sont moins marquées, les lésions conjonctives sont au maximum; elles aboutissent à la sclérose hypertrophique ou atrophique, avec réaction fibreuse parfois très importante au niveau du chorion et de la sous-muqueuse.

Enfin, nous ne citerons que pour mémoire la leucoplasie, que seules des traces d'inflammation chronique, d'ailleurs inconstantes, font entrer dans l'étude des cervicites.

Quelles sont les déductions thérapeutiques que l'on peut tirer de cette étude anatomo-pathologique ?

Tout d'abord, il y a lieu d'opposer anatomiquement les formes jeunes et les formes chroniques. Les premières, qui correspondent à la forme congestive et à la forme érosive, sont plutôt des formes de début et sont rarement vues. Dans ces cas, le col est bien vascularisé; il n'existe pratiquement pas de réaction fibreuse de défense; les lésions restent strictement superficielles.

D'ailleurs, elles se traduisent en clinique par une exocervicite isolée. Elles représentent donc les cas les plus favorables à l'action thérapeutique.

Malheureusement, la majorité des métrites sont chroniques. Elles sont vues et traitées longtemps après leur début.

Dans ces cas, la texture même du col, riche en tissus conjonctivo-élastiques et peu vascularisés, associée à la réaction fibreuse intense autour des glandes malades, rendent l'infection peu sensible aux traitements généraux.

D'autre part, la profonde ramification des tubes glandulaires et la dissémination des dilatations kystiques dans le tissu conjonctif multiplient les repaires microbiens et les rendent difficilement accessibles en totalité à un traitement strictement local.

Au point de vue thérapeutique, on peut donc penser que :

— les formes de début doivent bien réagir au traitement général, qu'il soit sulfamidé ou, *à fortiori*, pénicilliné ;

— les formes chroniques, au contraire, doivent nécessiter un traitement mixte, à la fois local et général. Local, pour apporter *in situ* le maximum de concentration pénicillinée. Général, pour atteindre, par voie sanguine, tous les repaires microbiens et assurer ainsi à la malade le maximum de chances de guérison.

Nous verrons ultérieurement que l'expérience vérifie cette hypothèse.

HISTORIQUE ET CRITIQUE DES TRAITEMENTS DES CERVICITES

« La métrite est une affection tenace, rebelle au « traitement. La prodigieuse multiplicité des moyens « utilisés pour la combattre en est le meilleur témoi- « gnage » (DOUAY).

1°. — Nous envisagerons d'abord les traitements locaux mineurs.

Ils comprennent :

— les injections à l'eau bouillie, avec les classiques antiseptiques (permanganate de potasse, eau oxygénée, liqueur de Labarraque) ;

— les badigeonnages cervicaux avec teinture d'iode, nitrate d'argent, acide picrique, chlorure de zinc, mercuro-chrome, etc.;

— les pansements cervico-vaginaux, imbibés d'ichtyol, collargol, résorcine, iodoforme, acide lactique;

— les ovules et les comprimés vaginaux au stovarsol ou à l'octylhydrocupréïcine.

Tous ces moyens sont inoffensifs, mais inefficaces isolément. Ils diminuent les pertes, calment les douleurs, mais ne donnent qu'une guérison incomplète, avec persistance des germes et des lésions. Ce fait s'explique aisément d'après la configuration de l'endocol.

2°. — Les crayons intracervicaux prétendent agir

directement sur le col. Mais l'amélioration qu'ils apportent est surtout fonctionnelle et, de plus, ils sont contre-indiqués en cas de grossesse et de salpingite.

3°. — Beaucoup plus actives sont les méthodes de destruction de la muqueuse.

Cette destruction peut être obtenue par des caustiques chimiques, c'est le principe du Filhos; soit par les agents physiques, c'est l'électrocoagulation.

Ces méthodes sont, sans conteste, efficaces, mais également dangereuses. Après leur emploi, on risque :

— dans les premiers jours, une flambée annexielle, lorsqu'il existe une lésion annexielle méconnue;

— ultérieurement, des stérilités, soit par sténose cicatricielle, soit par destruction trop profonde des glandes mucipares, entraînant une modification de la glaire cervicale;

— des anomalies de la dilatation, si une grossesse survient.

Ces thérapeutiques détruisent le tissu malade, elles ne le soignent pas et surtout elles agissent trop à l'aveuglette, risquant, à tout moment, de dépasser la muqueuse. Il ne peut y avoir alors de restitution *ad integrum* et parfois, en présence d'un col d'apparence sain, on peut avoir des surprises obstétricales désagréables.

Signalons, en passant, la cryothérapie, qui a les mêmes inconvénients que le Filhos et l'électrocoagulation et dont les avantages sont insuffisants pour justifier son application courante.

4°. — Nous mettrons à part les méthodes chirurgicales de traitement. Elles trouvent surtout leurs indications dans les cas de gros cols infectés où l'endocervicite n'est pas isolée, mais associée à des cicatrices vicieuses résultant d'incisions du col mal faites ou à des déchirures multiples du col.

Ce sont des opérations délicates et qui présentent,

même quand elles réussissent, des risques de stérilité ou de dystocie. Lorsqu'elles échouent, elles entraînent des lésions au moins aussi graves que la métrite elle-même.

5°. — La vaccinothérapie locale ou générale est inconstante dans ses résultats : c'est une médication délicate à manier et que les progrès de la chimiothérapie ont reléguée au deuxième plan.

6°. — La chimiothérapie. L'action favorable des sulfamides sur le gonocoque et le streptocoque devait conduire divers auteurs à utiliser ces corps au cours des métrites.

Les résultats obtenus dans les gonococcies furent, en effet, séduisants au début. DUREL résume son expérience en 1942 par les chiffres suivants :

Dans la métrite purulente gonococcique, une cure sulfamidée (ou parfois deux séries séparées par huit jours d'intervalle), associée aux soins locaux, se traduit par :

— dans 66 % des cas : amélioration clinique considérable et disparition du gonocoque;

— dans 20 % des cas : amélioration clinique discutable mais disparition du gonocoque;

— dans 10 % des cas : amélioration, mais reprise des signes cliniques sans gonocoque en moins de deux mois;

— dans 2 % des cas : reprise des signes cliniques en deux mois, après présence de gonocoques;

— dans 2 % des cas : échec d'emblée (femmes enceintes en particulier).

Dans la cervicite purulente sans gonocoques, seul peut être apprécié le résultat clinique; il est convenable dans un peu plus de la moitié des cas.

A l'Hôpital Saint-Lazare, la durée moyenne d'hospitalisation des blennorragiques est passée de 36,2 jours en 1936 à 18,7 jours en 1938.

Malheureusement, si DUREL signale 60 % de succès, le nombre des échecs croît certainement et l'on voit se multiplier les formes sulfamido-résistantes. Cette chimio-résistance croissante peut s'expliquer par l'existence de traitements sulfamidés antérieurs mal compris et insuffisants, qui augmentent le nombre des souches rebelles à l'action du médicament.

C'est pourquoi on a cherché à obtenir d'emblée une guérison radicale en associant aux sulfamides *per os* des injections de solutions aqueuses sulfamidées dans le col lui-même.

Malgré cela, il existe encore des échecs; cette méthode ne paraît donc pas toujours efficace.

De plus, la sulfamidothérapie est souvent une méthode dangereuse. Localement les risques d'escharre ne sont pas négligeables, mais surtout les phénomènes d'intolérance au cours du traitement général sont fréquents et peuvent revêtir une extrême gravité.

On a signalé des éruptions biotropiques, éruptions purpuriques, érythrodermies.

La céphalée, la fatigue générale, la cyanose, les troubles digestifs ne présentent pas de gravité en eux-mêmes, mais obligent à diminuer ou à cesser le traitement.

Plus graves sont les troubles hépatiques, en particulier l'ictère par hépatite toxique et plus encore les troubles urinaires : ceux-ci peuvent aller jusqu'à l'anurie; ils se voient surtout après l'absorption de doses importantes en une fois.

Les altérations sanguines peuvent porter sur les éléments rouges : anémie, phénomènes hémogéniques ; mais elles atteignent surtout les éléments blancs. La neutropénie existe au cours de tout traitement sulfamidé. Si elle est parfois légère, elle peut aller jusqu'à l'agranulocytose et des cas mortels ont été publiés. De

plus, ces phénomènes, de même que l'anémie, sont parfois du type anaphylactique.

Il semble donc que la sulfamidothérapie n'a pas répondu à tous les espoirs qu'on avait fondés sur elle.

CONDITIONS GENERALES DE LA PENICILLOTHERAPIE DANS LE TRAITEMENT DES CERVICITES

Grâce à son action bactéricide et bactériostatique puissante, la pénicilline devait s'avérer la thérapeutique de choix des métrites.

Conditions particulières de la pénicillinothérapie dans le traitement des cervicites.

Deux ordres de faits avaient retenu notre attention et devaient nous conduire à un mode d'administration rationnel de la pénicilline dans le traitement des métrites.

Il s'agit de faits d'ordre :

— microbiologique,
— anatomopathologique.

1°) *Faits d'ordre microbiologique.*

Ces faits ressortent de l'étude des germes responsables des métrites et de leur sensibilité à l'action de la pénicilline.

En pratique, deux cas sont à envisager :

— A — Les cervicites où le germe en cause est le gonocoque;

— B — Les cervicites à germes banaux.

A. — Les cervicites a gonocoques

Le gonocoque peut être seul en cause ou faire le lit d'une infection surajoutée. De toutes façons, il est l'élément primordial de l'infection.

Deux faits militent en faveur de l'emploi de la pénicilline dans les cervicites à gonocoques : d'une part, la gravité des métrites gonococciques et leur résistance aux autres thérapeutiques, en particulier et, dans bon nombre de cas, aux sulfamides, d'autre part, la sensibilité du gonocoque à la pénicilline.

En effet, d'après le tableau de sensibilité relative des germes à la pénicilline dressé par Martin et Nitti, le gonocoque se révèle comme le germe le plus sensible *in vitro :*

N. Gonorrhéac		$1 \times 2 \times 10^6$
N. Méningococcique		1×10^6
Staphylocoque aureus		1×10^6
Streptocoque pyogène		1×10^6
B. anthracis		1×10^6
Actinomyces bovis		1×10^6
Cl. Tétani		1×10^6
Cl. Welchi		$1{,}5 \times 10^6$
Cl. septique		30.000
Cl. œdematiens		30.000
Streptocoque viridans		62.500
Pneumococcus		25.000
C. diphteriæ		12.500
Salmonella Gartneri		20.000
Bac. Typhique		11.000
Proteus	moins de	4.000
Sal. para. B.	—	1.000
V. choleræ	—	1.000
B. Coli	—	1.000
B. Pyocyanæ	—	1.000
Myco. tuberculosi	—	1.000

In vivo, ces données biologiques se sont trouvées confirmées par les succès obtenus à grande échelle dans le traitement des gonococcies masculines aux Armées, au cours des récentes campagnes.

Il était donc logique, dès que les quantités de pénicilline ont été suffisantes, d'appliquer cette thérapeutique à la gonococcie féminine, dont la métrite est une des manifestations majeures.

B. — Les cervicites a germes banaux

Il s'agit, en général, de cervicites post-partum ou post-abortum, c'est dire que le streptocoque est à l'origine des accidents. Mais, à côté de lui, on peut trouver le staphylocoque et tous les commensaux habituels du vagin. Or, d'après le tableau de sensibilité cité plus haut, streptocoque et staphylocoque sont éminemment sensibles à la pénicilline. Quant aux autres germes colibacilles, entérocoques, s'ils ne sont pas sensibles isolément, ils semblent jouer un rôle mineur et l'expérience nous a prouvé que les cervicites à germes banaux répondaient également de façon très favorable à la thérapeutique pénicillinée.

Quant aux germes anaérobies, leur rôle est loin d'être négligeable dans l'étiologie des cervicites. Nous ne connaissons pas de métrites à anaérobies purs. Mais, sachant la fréquence de ces germes parmi les commensaux habituels des voies génitales, on conçoit aisément que leur association aux germes banaux puisse avoir une action dans le développement des infections cervicales. Et, si les germes anaérobies se montrent très souvent sensibles à l'action de la pénicilline, leur sensibilité est parfois inégale. D'autre part, les associations microbiennes sont, en général, plus résistantes au traitement anti-infectieux.

Notons, à ce sujet, que l'étude de la virulence des

germes aérobies et anaérobies peut être pratiquée suivant la réaction de RUGE-PHILIPP, remise en honneur par KOLLER.

Elle consiste à vérifier le pouvoir bactéricide du sang de la malade devant les germes en cause. Pour cela, on étudie de trois heures en trois heures le degré de développement des cultures du prélèvement cervical dans le sang de la malade. Les cultures doivent se faire à la fois en aérobiose et anaérobiose. Le développement des colonies microbiennes permet d'apprécier la capacité d'agression des germes.

Le reflet hématologique des variations de virulence bactérienne est donné par l'étude, d'heure en heure, de la formule blanche. On sait, en effet, que les infections commençantes se traduisent par une poussée de polynucléose du type jeune. Alors que, au contraire, l'approche de la guérison est annoncée par la prédominance lymphacytaire. C'est dans ce sens que SCHILLING a établi des courbes de virulence, en se basant sur les variations des granulations toxiques des polynucléaires neutrophiles.

Ces recherches sont d'ailleurs d'un très gros intérêt pour poser des indications opératoires en gynécologie et surtout en obstétrique.

Mais elles mériteraient peut-être d'entrer dans la pratique courante, en ce qui concerne les métrites. En apportant une meilleure connaissance de la virulence des germes en cause et de l'évolution de cette virulence, elles permettraient de mieux préciser la conduite du traitement et le pronostic.

2°) *Faits d'ordre anatomo-pathologique.*

L'expérience a montré que la pénicilline agissait beaucoup moins bien lorsque l'infection résidait dans une région anatomiquement limitée et que, d'autre part, les abcès collectés opposaient également une barrière à l'action de la pénicilline introduite par voie générale.

Par contre, ces abcès réagissent extrêmement bien à la pénicilline introduite *in situ,* dans la poche de l'abcès. Ce fait s'est vérifié, en particulier, dans le traitement des abcès glandulaires type abcès du sein. Or, l'infection des glandes cervicales réalise des micro-abcès glandulaires. De plus, le gros obstacle à la désinfection complète de l'endocol est l'existence du mucus cervical. En effet, des antiseptiques tels le nitrate d'argent, par exemple, détruisent bien les germes, en particulier le gonocoque, mais ils précipitent en même temps le mucus. Celui-ci forme alors un rempart infranchissable lors des applications ultérieures. Si l'on injecte la pénicilline directement dans les glandes, cet obstacle n'existe plus.

Nous avons vu, par ailleurs, les raisons anatomiques qui conduisaient à traiter en même temps les métrites par voie générale.

En conclusion, il nous semble nécessaire d'appliquer aux métrites du col une thérapeutique mixte, à la fois locale et générale.

INDICATIONS ET TECHNIQUE

Les indications dépendent de quatre facteurs :

— la forme anatomoclinique,
— l'étiologie,
— les lésions associées,
— l'existence ou non d'une grossesse.

D'où la nécessité d'un examen génital complet et minutieux avant tout début de traitement.

Tout d'abord, on procèdera à un interrogatoire soigneux. L'interrogatoire explorera le passé gynécologique et obstétrical de la femme; il précisera, en particulier :

— la date du comptage ou tout au moins de l'apparition approximative des pertes;

— les mode d'installation de la maladie, insidieux ou aigu, consécutif à un épisode obstétrical ou consécutif à des phénomènes génito-urinaires, avec uréthrite et vulvo-vaginite;

— l'existence de traitements antérieurs, avec leurs modalités, leur intensité, leur durée, leurs résultats;

— la date des dernières règles.

Après cet interrogatoire, le toucher vaginal permet d'apprécier :

— le volume du col,
— ses déformations,
— sa consistance,
— sa position,

— sa sensibilité,
— l'état du corps utérin,
— la mobilité et la position de l'utérus tout entier,
— la souplesse et la sensibilité du cul-de-sac, dans le souci constant de dépister une annexite concomitante,
— l'existence et l'âge d'une grossesse éventuelle.

On examinera ensuite la région vulvaire, en recherchant, tout particulièrement, la présence d'une bartholinite en évolution ou cicatricielle.

Ensuite, à l'aide d'un spéculum, on expose bien le col et, après avoir vérifié l'état de la muqueuse vaginale, on peut apprécier l'étendue et le siège des lésions cervicales :

— soit exocervicite simple,
— soit endocervicite confirmée par l'examen des sécrétions cervicales, après expression des deux lèvres du col,
— soit cervicite totale.

Il importe alors de préciser la nature de l'agent pathogène par un examen microbiologique. Nous faisons de façon systématique :

1°) une lame de prélèvement cervical, en ayant soin de faire le prélèvement directement dans le col, après l'avoir débarrassé de ses sécrétions superficielles,

2°) un prélèvement vaginal,

3°) un prélèvement urétral, après massage de l'urètre d'arrière en avant.

Tout ceci dans le but de classer les cervicites dans les deux grandes catégories :
— cervicites gonococciques,
— cervicites à germes banaux.

Lorsque la réponse bactériologique semble en contradiction avec le contexte clinique, nous avons alors

recours à la gono-réaction et à la réactivation par le nitrate d'argent.

De plus, nous pratiquons l'examen de la formule sanguine dans les cas récemment traités par les sulfamides, ou dans les formes où nous suspectons l'association d'une autre lésion génitale.

Enfin, il est tout à fait souhaitable de rechercher, pour chaque malade, la sensibilité des germes en cause. En effet, d'une part, les germes microbiens ont une sensibilité inégale à la pénicilline, d'autre part, un même germe peut présenter des souches de sensibilité différente. Cette recherche peut se faire d'une façon assez grossière, mais très simple, en ensemençant les germes par stries sur une boîte de PÉTRI et en creusant, dans la gélose, une rigole qui sera imbibée de pénicilline. Les germes résistants se développeront jusqu'à la solution de pénicilline, tandis que les germes sensibles en resteront fortement éloignés.

Malheureusement, nous n'avons pu effectuer cette recherche de façon systématique, pour des raisons de pauvreté matérielle.

Rappelons également ici que l'étude de la virulence des germes, suivant la méthode de RUGE-PHILIPP, donnerait d'utiles indications thérapeutiques basées sur les variations de capacité d'agression microbienne.

Au terme de cet examen, on classe les cervicites en deux grandes catégories :

1°) celles où il existe un élément infectieux et qui sont éminemment justiciables de la pénicillinothérapie;

2°) celles où l'élément trophique l'emporte sur l'élément infectieux et qui sont justiciables d'autres thérapeutiques (agents physiques ou chirurgie).

Nous traiterons donc par la pénicilline :

— les formes congestives du début;

— les formes érosives;

— la forme purulente;
— la forme hyperplasique glandulaire,

qu'elles soient gonococciques ou à germes banaux, qu'elles soient simples ou associées à d'autres lésions génitales. Car ces lésions concomitantes sont un argument de plus en faveur du traitement pénicilliné. En effet, qu'il s'agisse de bartholinite ou de salpingite, elles se montrent très sensibles à l'action de la pénicilline.

La gestation n'est pas non plus une contre-indication, la pénicillinothérapie générale n'ayant aucun inconvénient sur l'évolution de la grossesse. Quant à la pénicillinothérapie locale, on peut également la pratiquer sans inconvénient, sur l'évolution de la grossesse comme le confirment les observations n° 416, 396, 314, 484, 469.

Il y a, en effet, tout intérêt à traiter ces métrites de façon énergique et massive, parce que, d'une part, elles s'avèrent beaucoup plus rebelles au traitement quel qu'il soit, d'autre part, elles peuvent être la source de complications maternelles et fœtales lors de l'accouchement.

Si toutes ces formes sont justiciables de la pénicillinothérapie, les modalités thérapeutiques sont un peu différentes suivant les formes anatomo-cliniques.

1°) Sont justiciables de la mycothérapie générale simple :

— les formes congestives,
— les formes érosives,

qui sont toutes deux des exocervicites. Dans ces cas, nous administrons la pénicilline à la dose journalière de 200.000 Unités Oxford, par voie intra-musculaire, à raison d'une injection toutes les trois heures. La pénicilline est diluée dans du sérum physiologique, à raison de 5.000 U. O. par centimètre cube. Le méchage vaginal est un utile adjuvant; on le réalise facilement en

imbibant une compresse avec 20 centimètres cubes d'une solution diluée à un pour mille;

2°) Sont justiciables de la mycothérapie mixte locale et générale :

— les formes purulentes,

— les formes glandulaires hyperplasiques,

qu'il s'agisse de cervicites gonococciques ou à germes banaux, la conduite est la même, seules diffèrent les doses.

Il est, en effet, indispensable, si l'on veut guérir les malades, de les traiter localement. Nous verrons, en effet, que, lorsqu'on adjoint le traitement local au traitement général, la dose totale et la durée d'hospitalisation sont moindres. D'autre part, même des doses importantes de pénicilline générale seule peuvent ne pas toujours amener la guérison. Ce fait se dégage nettement de l'observation n° 561.

Les cervicites gonococciques.

La pénicilline par voie intramusculaire doit être administrée à la dose de 200.000 U. O. par jour. Mais, s'il s'agit de gonococcies anciennes ayant déjà reçu un traitement sulfamidé et ayant fait la preuve de leur sulfamido-résistance, il y a parfois intérêt à élever d'emblée cette dose à 300.000 U. O. par jour. De même que pour les cas précédents, la quantité totale de pénicilline à injecter est fonction de l'évolution.

Les cas de pénicillino-résistance sont exceptionnels, néanmoins si, au bout de quinze jours, les gonocoques persistent dans les prélèvements, il y a intérêt à arrêter le traitement pendant une dizaine de jours, pour le reprendre et faire une nouvelle cure complète. Nous n'avons pas vu de cas résistant à deux cures successives pénicillinées.

Parallèlement à ce traitement général, il est indispensable de pratiquer la pénicillino-thérapie loco-régionale. Ce traitement se fera de la manière suivante :

1°) *Le matériel :*

Il est indispensable d'utiliser un matériel parfait, spécialement adapté à ces injections, car le liquide demande à être poussé sous une pression assez forte, les tissus cervicaux offrant une grande résistance à la pénétration et à la distension.

Nous utilisons :

— un spéculum du type COLLIN, plus adapté aux petites interventions cervico-vaginales, car il donne un jour plus grand et un champ d'action plus large;

— une pince à col de POZZI;

— une seringue type LABBATH;

— des aiguilles de 10 à 12 centimètres de long et de 10 à 12/10e de millimètre de diamètre.

De toute façon, les deux points qui nous paraissent importants c'est d'avoir une seringue en verre, mais à armature métallique et surtout munie d'anneaux ou d'ailettes donnant un point d'appui pour pousser le piston et c'est d'avoir également des aiguilles s'adaptant parfaitement et fixement, pour éviter toute fuite de liquide.

2°) *La technique :*

La malade est mise en position gynécologique. L'anesthésie est inutile, les injections étant peu douloureuses.

La pince à col est fixée sur la commissure droite du col. Il est nécessaire de s'assurer une bonne prise, pour bien présenter le col à l'aiguille. Les quantités injectées à chaque séance oscillent entre 25.000 et 50.000 U. O., à la dilution de 5.000 U. O. par centimètre cube, selon l'importance clinique de la lésion. Cette dose est répartie moitié dans les lèvres du col, moitié sous la muqueuse du canal cervical. Les infiltrations dans le museau de tanche se font en enfonçant l'aiguille à 1 ou 2 centimètres environ dans la lèvre antérieure et pos-

térieure. Les injections dans la sous-muqueuse endocervicale se font en faisant pénétrer l'aiguille par l'orifice externe du col et en se dirigeant obliquement vers les parois du canal cervical.

On enfonce l'aiguille jusqu'à ce qu'on sente la résistance musculaire du col. Le test de bonne pénétration est alors donné par le rejet de sécrétions cervicales abondantes, qui réalisent un véritable lavage mécanique. Les piqûres sont répétées en trois ou quatre points de la sous-muqueuse.

Ces infiltrations se font tous les jours ou, à la rigueur, tous les deux jours, selon l'importance des lésions. Cependant l'infiltration quotidienne est préférable; elle permet de réduire la durée du traitement et, partant, celle de l'hospitalisation.

Dans les *cervicites à germes banaux,* des doses de 120.000 à 200.000 U. O. par voie générale associées à des infiltrations locales journalières de 25.000 U. O. se montrent, en général, suffisantes.

Dans les cas particuliers des *cervicites au cours de la gestation,* il y a intérêt à utiliser d'emblée des doses assez fortes, à prolonger plus longtemps la médication, car ces métrites sont particulièrement rebelles au traitement, comme peuvent en témoigner nos observations.

Nous avons vu que la pénicillinothérapie locale pouvait être instituée sans aucun inconvénient au cours de la grossesse et les infiltrations sont particulièrement faciles chez ces malades, en raison de l'imbibition gravidique du col.

De toutes façons, bien que la malade soit traitée et guérie pendant la grossesse, il nous semble utile de reprendre, de façon prophylactique, la pénicillinothérapie générale pendant les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement; cette remarque étant particulièrement valable pour les gonococcies.

Dans le cas de *cervicites associées à d'autres lésions*

génitales, la thérapeutique est fonction des lésions concomitantes. De toutes façons, la pénicillinothérapie locale et générale est indiquée, mais il y a parfois intérêt à traiter localement chaque foyer infectieux :

— pour les bartholinites :

ponction,
aspiration du pus,
infiltration de pénicilline,

— pour les salpingites :

ponction,
éventuellement aspiration du pus,
infiltration loco-régionale.

Dans ce dernier cas, en particulier, il s'agit d'interventions plus complètes, au cours desquelles le traitement de la cervicite elle-même passe au second plan. L'essentiel est de savoir qu'il y a toujours intérêt à traiter simultanément tous les repaires microbiens par voie locale et générale.

Est-il utile d'adjoindre la sulfamidothérapie à la pénicillinothérapie ? Nous allons discuter ce dernier point.

Cette association a été préconisée par les auteurs américains dans les premiers traitements des gonococcies par la pénicilline.

Chimiquement, il n'y a aucune incompatibilité.

In vitro, il semble que l'association sensibilise les germes à l'action de la pénicilline, par un procédé de mordançage et que, par action croisée, l'effet thérapeutique soit plus actif.

Biologiquement, une réserve doit être faite, car les réactions de l'organisme sont différentes vis-à-vis des sulfamides et vis-à-vis de la pénicilline. La sulfamidothérapie s'accompagne, en effet, d'une diminution souvent sensible des globules blancs, en particulier des

polynucléaires. Au contraire, la pénicillinothérapie s'accompagne, surtout au début du traitement, d'une augmentation de la leucocytose, par stimulation des moyens de défense de l'organisme.

En fait, du point de vue pratique, nous avons traité un certain nombre de cas par la pénicilline seule et d'autres par la pénicilline associée aux sulfamides et nous n'avons noté aucune différence sensible dans les résultats entre les deux séries de malades. Si bien qu'à l'heure actuelle nous avons abandonné l'association du traitement sulfamidé.

OBSERVATIONS

Nous distinguerons totalement les métrites des femmes non enceintes et celles des femmes en état de grossesse.

Dans la première catégorie, nous envisagerons successivement :

1°) Les métrites gonococciques non traitées antérieurement par les sulfamides;

2°) Les métrites gonococciques ayant reçu déjà un traitement sulfamidé;

3°) Les métrites à germes banaux.

Dans les métrites des femmes enceintes, nous distinguerons :

1°) Les métrites gonococciques;

2°) Les métrites à germes banaux.

METRITES CHEZ LES FEMMES NON ENCEINTES

1°) *Métrites gonococciques non traitées antérieurement par les sulfamides*

Obs. n° 180. — Madame L... Huguette, 31 ans.

Gonococcie contractée en 1944, découverte un an après.

Leucorrhée abondante, verdâtre et fétide.

Le prélèvement cervical montre :

quelques cellules épithéliales,
de nombreux polynucléaires,
de nombreux coccis gram +,
quelques bacilles gram — coliformes,
de rares gonocoques extra et intra-cellulaires.

Un traitement par 12 injections de vaccin antigonococcique est institué sans succès.

La malade est alors admise au Centre de Pénicillinothérapie de Port-Royal.

Un prélèvement fait à l'entrée montre la persistance des gonocoques.

Institution d'un traitement par la pénicilline générale uniquement, à raison de 120.000 U. O. pendant 4 jours, puis 200.000 U. O. pendant les 4 jours suivants.

Un traitement sulfamidé est associé (diméthyl-benzoyl-sulfanilamide), à raison de 3 grammes par jours pendant 8 jours.

La malade reçoit en tout :

1.280.000 U. O. de pénicilline.
24 grammes d'Irgafen.

La durée du traitement fut de 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.
Guérison bactériologique (disparition des gonocoques).

Obs. n° 299. — Madame T... Georgette.

Entre au Centre pour un syndrome infectieux : T° entre 39 et 40.

Poussée de pelvi-péritonite.

L'examen à l'entrée montre : un utérus rétroversé très douloureux. Le cul-de-sac droit est indolore. Le cul-de-sac gauche très douloureux.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

Un traitement sulfamidé à l'Irgafen est associé.

La malade reçoit en tout :

1.000.000 U. O. de pénicilline,

10 grammes d'Irgafen.

La durée du traitement fut de 5 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque à 2 prélèvements faits à 5 jours d'intervalle).

Obs. n° 401. — Madame V... Jeanne.

Entre au Centre avec le diagnostic de salpingite.

L'examen à l'entrée montre un utérus en position normale, mais douloureux à la mobilisation. L'ovaire droit est prolabé dans le cul-de-sac de Douglas, l'ovaire gauche est augmenté de volume.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de diplocoques gram — extra et intracellulaires.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

La malade reçoit en tout :

1.800.000 U. O. de pénicilline.

La durée du traitement fut de 9 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque à 2 prélèvements faits à 8 jours d'intervalle).

Obs. n° 408. — Madame S... Yvette.

Gonococcie révélée 3 jours après l'accouchement.

L'examen à l'entrée montre un utérus à l'ombilic douloureux au palper ; lochies sanglantes.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement par la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

La malade reçoit en tout :

1.800.000 U. O. de pénicilline.

Durée totale du traitement : 9 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque).

Obs. n° 422. — Madame H..., 33 ans.

Gonococcie contractée 3 mois auparavant.

A son entrée au Centre, la malade présente des pertes peu abondantes.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

La malade reçoit en tout :

2.400.000 U. O. de pénicilline.

Durée du traitement : 12 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (tous les prélèvements même après réactivation restent négatifs).

Obs. n° 215. — Madame C... Andrée.

Entre au Centre pour douleurs abdominales.

L'examen à l'entrée montre l'existence d'une ulcération métritique du col.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de gonocoques.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte.

Pénicilline générale : 120.000 U. O. par jour.

Pénicilline locale : une infiltration de 40.000 U. O. dans le col associée à 5 pansements vaginaux quotidiens de 20.000 U. O.

Dose totale :

840.000 U. O. de pénicilline par voie générale.

140.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (prélèvement négatif au gonocoque).

Obs. n° 287. — Madame T... Madeleine.

Gonococcie avec manifestations rhumatismales remontant à 3 mois.

L'examen à l'entrée au Centre montre une leucorrhée peu abondante et l'existence d'une annexite chronique droite.

Un prélèvement cervical révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 10 jours et de 120.000 U. O. par jour pendant les 8 jours suivants.

Localement, la malade reçoit 3 infiltrations des paramètres, infiltrations quotidiennes de 25.000 U. O., suivies de pansements vaginaux à 15.000 U. O.

Un traitement sulfamidé à l'Irgafen est associé, à raison de 20 grammes en 8 jours.

La malade reçoit en tout :

2.960.000 U. O. de pénicilline par voie générale,

105.000 U. O. localement,

20 grammes d'Irgafen.

Durée du traitement : 18 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (absence de gonocoques).

Obs. n° 461. — Madame B... Solange.

Entre au Centre pour gonococcie.

Un prélèvement fait à l'entrée révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement par la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

En même temps, la malade reçoit 2 infiltrations dans le col de 30.000 U. O., suivies de pansement vaginal à 30.000 U. O.

La malade reçoit en tout :

2.800.000 U. O. de pénicilline par voie générale.

120.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 14 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque).

Obs. n° 575. — Madame B... Madeleine, 24 ans.

Gonococcie datant de 3 mois.

L'examen à l'entrée au Centre montre l'existence d'une endocervicite purulente isolée.

Un prélèvement révèle l'existence de gonocoques.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O par jour, associé à 5 infiltrations dans le col de 50.000 U. O.

La malade reçoit en tout :

1.400.000 U. O. de pénicilline par voie générale.

250.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 7 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque).

Obs. n° 519. — Madame T... Huguette, 25 ans.

Gonococcie contractée 3 mois auparavant.

L'examen à l'entrée au Centre montre l'existence d'une cervicite totale.

Un prélèvement cervical révèle la présence de gonocoques.

Un traitement à la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour, associé à 7 infiltrations quotidiennes dans le col de 50.000 U. O., suivies de pansements vaginaux à 20.000 U. O.

Dose totale :

1.800.000 U. O. de pénicilline par voie générale,

430.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 9 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque).

Signalons que les règles qui suivirent le traitement furent plus abondantes que d'habitude.

Obs. n° 572. — Madame W... Marie, 20 ans.

Gonococcie découverte lors de l'accouchement : enfant présentant une conjonctivite purulente à gonocoques.

L'examen à l'entrée au Centre montre un col saignant facilement et des sécrétions endocervicales louches.

Un prélèvement cervical révèle la présence de diplocoques gram — extra et intra-cellulaires.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

2 infiltrations quotidiennes de 50.000 U. O. dans le col.

Dose totale :

2.600.000 U. O. par voie générale,

100.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 13 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 561. — Madame B...

Accouchement par forceps chez une primipare de 36 ans après 3 jours de rupture des membranes. Déchirure du périnée ; réfection immédiate.

Admission au Centre le jour même de l'accouchement.

Institution d'un traitement pénicilliné général à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 18 jours.

Au total : 3.600.000 U. O.

En même temps, 4 infiltrations de 30.000 U. O. sont pratiquées dans les deux lèvres de la déchirure périnéale désunies secondairement et suppurant.

Au terme de ce traitement et devant la persistance des pertes, un prélèvement cervical est pratiqué, qui se montre positif au gonocoque.

Institution d'un nouveau traitement pénicilliné mixte, à raison de 300.000 U. O. par jour pendant 6 jours, par voie générale, associé à 5 infiltrations quotidiennes de 50.000 U. O. dans le col, suivies chacune d'un pansement vaginal à 20.000 U. O.

Au total, la malade reçoit :

1.800.000 U. O. par voie générale,

350.000 U. O. localement.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 579. — Madame R...

Césarienne segmentaire chez une primipare de 25 ans pour bassin légèrement rétréci et gros enfant.

Gonococcie des voies génitales basses découverte lors de l'accouchement.

Institution, le jour de l'accouchement, d'un traitement pénicilliné général, à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 14 jours.

Au total : 2.800.000 U. O.

Un prélèvement fait à ce moment montre la persistance du gonocoque.

Adjonction d'un traitement pénicillé local, à raison de 4 infiltrations quotidiennes de 50.000 U. O., suivies chacune d'un pansement vaginal de 20.000 U. O.

Après ces 4 infiltrations, un nouveau prélèvement montre la disparition des gonocoques.

Suites opératoires normales.

Dose totale de pénicilline :

3.800.000 U. O. par voie générale,

280.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 20 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

2°) *Métrites gonococciques traitées antérieurement par les sulfamides*

Obs. n° 499. — Madame P... Madeleine, 21 ans.

Crise de salpingite un mois auparavant, traitée par glace et sulfamides.

Entre dans le Service pour leucorrhée.

L'examen à l'entrée montre l'existence d'une cervicite totale légère.

La gono-réaction est positive.

Au prélèvement cervical : pas de gonocoque visible.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

pénicilline générale, 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, infiltrations de 50.000 U. O., 4 infiltrations, à raison d'une tous les 2 jours.

La durée du traitement est de 8 jours.

La malade reçoit en tout :

1.600.000 U. O. de pénicilline par voie générale,

200.000 U. O. par voie locale.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison sérologique (gono-réaction négative).

Obs. n° 492. — Madame B... Jacqueline, 21 ans.

Gonococcie datant de 4 mois, ayant résisté à un traitement sulfamidé et à la diathermie.

Persistance des gonocoques.

L'examen à l'entrée montre l'existence d'une endo-cervicite purulente.

Le prélèvement cervical révèle la présence de gonocoques.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

pénicilline générale : 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, 4 infiltrations de 50.000 U. O. dans le col tous les 2 jours,

pansement local vaginal quotidien à 20.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

2.200.000 U. O. par voie générale,

400.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique (col sain, glaires filtrantes et claires).

Obs. n° 490. — Madame E... Simone, 27 ans.

Gonococcie contractée 5 mois auparavant. Traitée par les sulfamides per os (Thiazomide) et par des infiltrations locales de Soludagénan.

A l'entrée, la malade présente une escharre importante au Soludagénan. Le col est rouge, déchiré, saignant, très dur.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

pénicilline générale, 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, 6 infiltrations quotidiennes de 50.000 U. O. dans le col, associées à un pansement vaginal de 20.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

1.400.000 U. O. par voie générale,

420.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 7 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Obs. n° 480. — Madame G... Nelly, 21 ans.

Entre dans le Service pour salpingite gonococcique, dont le début remonte à un an. Traitée par glace et sulfamides.

L'examen à l'entrée montre l'existence d'une salpingite bilatérale, associée à une métrite du col.

Le prélèvement cervical est positif au gonocoque.

Institution d'un prélèvement pénicilliné mixte :

pénicilline générale, 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, 3 infiltrations à raison d'une tous les deux jours, de 100.000 U. O. dans 10 cm3 de sérum physiologique, réparties dans les paramètres et le col.

Dose totale de pénicilline :

2.200.000 U. O. par voie générale,

300.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 11 jours.

Résultat : guérison clinique de la métrite et de la salpingite. Résultat bactériologique moyen (persistance de quelques diplocoques extra-cellulaires).

Obs. n° 432. — Madame M... Marie, 30 ans.

Gonococcie contractée 3 mois auparavant. Traitée par les sulfamides sans succès.

Un prélèvement fait à l'entrée au Centre est positif au gonocoque.

Un traitement pénicilliné mixte est institué :

pénicilline générale, 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, 4 infiltrations de 30.000 U. O. dans le col, suivies d'un pansement vaginal à 25.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

800.000 U. O. par voie générale,

220.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 4 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition des gonocoques).

Obs. n° 427. — Madame M..., 22 ans.

Gonococcie contractée 2 mois auparavant.

La malade a reçu un traitement sulfamidé au Dagénan, puis à la Thiazomide.

A l'entrée au Centre, elle présente encore des douleurs abdominales et des pertes verdâtres.

Un prélèvement cervical montre l'existence de gonocoques.

Un traitement par la pénicilline générale est institué, à raison de 200.000 U. O. par jour.

Dose totale de pénicilline : 800.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 4 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition des gonocoques).

Obs. n° 309. — Madame G... Jacqueline, 21 ans.

Début 8 mois auparavant par :

leucorrhée abondante, dans laquelle on met en évidence des gonocoques,

réaction pelvienne.

Traitée par vaccin et sulfamidothérapie.

A fait depuis plusieurs épisodes analogues.

Reprise de la sulfamidothérapie et de la vaccinothérapie.

Entre alors dans le Service. L'examen à l'entrée montre l'existence d'une métrite.

Un prélèvement est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte, à raison de 120.000 U. O. par jour pendant 15 jours, par voie générale, associé à des pansements vaginaux de 10.000 à 20.000 U. O.

Au bout de 4 jours de traitement, le prélèvement est encore positif au gonocoque, mais le huitième jour ils ont disparu.

La malade sort le quinzième jour.

La malade est revue 2 mois après. Elle présente des pertes toujours abondantes.

Un premier prélèvement est négatif, un deuxième prélèvement, après réactivation, est positif au gonocoque.

Institution d'un nouveau traitement pénicilliné : 200.000 U. O. par jour, par voie générale et une infiltration dans le col de 25.000 U. O.

Au bout de 8 jours, le prélèvement est encore positif au gonocoque.

On fait alors 3 infiltrations de 30.000 U. O. dans le col, suivies chacune d'un pansement vaginal à 20.000 U. O.

Par voie générale : 300.000 U. O. par jour pendant 15 jours.

Association d'un traitement sulfamidé, à raison de 16 grammes au total de Dagénan.

Au terme de ce traitement, on obtient une guérison clinique et bactériologique.

Au total, la malade a reçu une première fois :

1.800.000 U. O. de pénicilline par voie générale,

40.000 U. O. localement.

Au cours d'une deuxième cure :

4.500.000 U. O. par voie générale,

150.000 localement,

16 grammes de Dagénan.

Obs. n° 294. — Madame F... Guya.

Gonococcie contractée un an auparavant. Traitée sans succès par trois cures sulfamidées.

Entre au Centre pour leucorrhée persistante.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

pénicilline générale, 200.000 U. O. par jour,

pénicilline locale, 2 infiltrations de 30.000 U. O. dans le col, suivies chacune d'un pansement vaginal à 10.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

1.000.000. U. O. par voie générale.

80.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 5 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique (disparition du gonocoque).

Obs. n° 207. — Madame F..., 37 ans.

Gonococcie cervicale découverte lors de l'accouchement. Traitée aussitôt par les sulfamides, sans succès.

A l'entrée au Centre, persistance de la leucorrhée.

Un prélèvement montre l'existence de diplocoques gram — extra et intra-cellulaires.

Un traitement pénicilliné est institué, uniquement par voie géné-

rale, à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 3 jours et de 120.000 U. O. par jour pendant les 11 jours suivants.

Dose totale de pénicilline : 1.920.000 U. O. par voie générale.

Résultat : persistance du gonocoque. Présence de trichomonas.

Obs. n° 199. — Madame M..., 19 ans.

Gonococcie contractée un an auparavant. Traitée précocement par les sulfamides, sans résultat.

Traitée ensuite, à Cochin, par la pénicilline, à raison de 150.000 U. O. par jour pendant 2 jours, sans résultat.

Entre au Centre pour leucorrhée et cervicite totale.

Un traitement pénicilliné mixte est institué :

pénicilline générale, 300.000 U. O. par jour pendant 6 jours, puis 120.000 U. O. par jour pendant les 13 jours suivants ;

pénicilline locale, 5 infiltrations de 40.000 U. O. dans le col et, dans les jours qui suivent, 5 pansements quotidiens vaginaux de 25.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

3.360.000 U. O. par voie générale,

400.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 19 jours.

Résultat :

Guérison bactériologique.

Guérison clinique douteuse (col d'aspect sain, mais sécrétions cervicales légèrement opalines).

Obs. n° 198. — Madame H..., 32 ans.

Gonococcie contractée 2 mois auparavant.

Crise de salpingite traitée par la Thiazomide.

Entre au Centre pour métrite et salpingite.

Existence d'une masse salpingienne droite grosse comme une mandarine.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 200.000 U. O. par jour, associé à un traitement par l'Irgafen, à raison de 15 grammes en 6 jours.

Dose totale de pénicilliné :

1.400.000 U. O. par voie générale.

Dose totale d'Irgafen :

15 grammes.

Durée du traitement : 10 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique confirmée 3 mois après.

Obs. n° 132. — Madame F..., 27 ans.

Salpingite et métrite gonococciques, traitées antérieurement par sulfamides et électro-coagulation.

Entre au Centre pour douleurs annexielles et leucorrhée.

L'examen à l'entrée montre un utérus de volume normal ; le col est déchiré ; les ovaires sont à peine augmentés de volume, mais très douloureux.

Un prélèvement cervical est positif au gonocoque.

Un traitement pénicilliné mixte est institué :

pénicilline générale, 300.000 U. O. par jour,

localement, une infiltration de 15.000 U. O. dans le col.

Dose totale de pénicilline :

2.400.000 U. O. par voie générale,

15.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 124. — Madame D..., 26 ans.

Gonococcie contractée 2 ans auparavant : vulvovaginite, bartholinite bilatérale, traitées à deux reprises par les sulfamides, sans succès.

Entre au Centre pour leucorrhée et douleurs pelviennes.

L'examen montre l'existence d'une endocervicite associée à une lymphangite du paramètre gauche.

La gono-réaction est positive.

Un prélèvement cervical révèle la présence de gonocoques.

Institution d'un traitement pénicilliné à raison de 300.000 U. O. par jour, par voie générale.

Dose totale de pénicilline : 1.500.000 U. O.

Durée du traitement : 5 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 88. — Madame G..., Geneviève.

Gonococcie contractée un an auparavant, traitée par les sulfamides (une cure de lysothiazol, puis une cure de Thiazomide à haute dose). Après ce traitement, les prélèvements restent positifs au gonocoque.

Entre dans le Service pour leucorrhée.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 300.000 U. O. par jour pendant 3 jours, puis de 400.000 U. O. par jour pendant les 2 jours suivants.

La malade reçoit en même temps 6 grammes d'Irgafen.

Dose totale de pénicilline :

1.700.000 U. O. par voie générale.

Dose totale d'Irgafen :

6 grammes.

Durée du traitement : 5 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 67. — Madame V...

Gonococcie contractée 6 semaines auparavant.

Echec d'un traitement sulfamidé.

L'examen à l'entrée montre l'existence d'une exocervicite et d'une annexite droite.

Institution d'un traitement par la pénicilline générale, à raison de 300.000 U. O. par jour, associée à 6 grammes d'Irgafen.

Dose totale de pénicilline :

2.100.000 U. O. par voie générale.

Dose totale d'Irgafen :

6 grammes.

Durée du traitement : 7 jours.

Résultat :

Guérison clinique de la métrite et de la salpingite.

Obs. n° 553. — Madame C... Denise, 20 ans.

Gonococcie apparue au début de la grossesse, traitée sans succès par les sulfamides.

Entre au Centre le lendemain de l'accouchement.

Institution d'un traitement pénicilliné, à raison de 200.000 U. O. par jour, par voie générale.

Dose totale de pénicilline :

2.000.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 10 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

3°) *Métrites à germes banaux*

Obs. n° 115. — Madame M...

Métrite datant de un an (post-abortum).

Un prélèvement fait à l'entrée au Centre montre l'existence de germes multiples.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

4 infiltrations du col, 1 de 25.000 U. O., puis 3 de 10.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

400.000 U. O. par voie générale,

55.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 4 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 270. — Madame B... Christiane.

Métrite datant de 6 mois.

Entre au Centre pour leucorrhée tenace.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

1 infiltration dans le col de 40.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

320.000 U. O. par voie générale,

40.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 4 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 383. — Madame B...

Salpingite et métrite datant de 3 ans. Traitée antérieurement par propidon, vaccins, Thiazomide.

Entre au Centre pour douleurs annexielles et leucorrhée.

Institution d'un traitement pénicilliné :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

1 infiltration de 25.000 U. O. dans le col.

Dose totale de pénicilline :

1.200.000 U. O. par voie générale.

25.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 6 jours.

Résultat : guérison clinique.

Obs. n° 466. — Madame D...

Métrite et salpingite datant de 2 ans (post-partum).

Traitée par électrocoagulation, diathermie, propidon.

Entre au Centre pour leucorrhée.

Un prélèvement est négatif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

120.000 U. O. par jour par voie générale,

2 infiltrations de 50.000 U. O. réparties dans les deux paramètres et le col.

Dose totale de pénicilline :

840.000 U. O. par voie générale,

100.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat : guérison clinique.

Obs. n° 483. — Madame L...

Syndrome pelvien douloureux à la suite d'un avortement provoqué fébrile non suivi de curettage.

A l'entrée au Centre, l'examen montre des annexes sensibles et une cervicite.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

200.000 U. O. par voie générale,

1 infiltration de 100.000 U. O. répartie dans les paramètres et le col.

Dose totale de pénicilline :

2.200.000 U. O. par voie générale,

100.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 11 jours.

Résultat : guérison clinique.

Obs. n° 533. — Madame D... Renée.

Entre au Centre pour leucorrhée et douleurs abdominales.

Un prélèvement montre l'absence de gonocoque, l'absence de trichomonas, l'existence d'une flore microbienne banale.

Institution d'un traitement pénicilliné :

200.000 U. O. par voie générale,

2 infiltrations de 25.000 U. O. dans le col.

Dose totale de pénicilline :

1.000.000 U. O. par voie générale,

50.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 5 jours.

Résultat : guérison clinique.

Obs. n° 108. — Madame D... Olga.

Entre au Centre pour leucorrhée.

Un prélèvement intracervical montre la présence de pus et de quelques coccis gram +.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 300.000 U. O. par jour.

Dose totale : 900.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 3 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 272. — Madame C... Suzanne.

Avortement spontané au terme de 1 mois chez une femme porteuse d'une métrite.

L'examen montre un aspect sphacelé et gangréneux du col. Pertes purulentes.

Une biopsie cervicale est pratiquée. L'examen histologique montre une infiltration œdémateuse du stroma, avec micro-abcès.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

80.000 U. O. par jour par voie générale,

2 infiltrations de 25.000 et 30.000 U. O. dans le col.

Dose totale de pénicilline :

400.000 U. O. par voie générale,

55.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 5 jours.

Résultat : guérison complète.

METRITES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

1°) *Métrites gonococciques*

Obs. n° 556. — Madame B...

Gonococcie découverte chez une femme enceinte à terme.

Un prélèvement est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicillé, à raison de 200.000 U. O. par jour par voie générale.

4 jours après le début du traitement, un nouveau prélèvement montre la disparition du gonocoque.

Dose totale de pénicilline :

1.600.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat : guérison bactériologique.

Obs. n° 488. — Madame D... Jacqueline, 18 ans.

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au terme de 7 mois. Traitée sans succès par la Thiazomide.

Entre au Centre pour leucorrhée et végétations vulvaires très importantes.

Un prélèvement est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

pansement quotidien de 20.000 U. O.

Trois semaines après la fin de ce traitement, accouchement normal à terme.

Douze jours après l'accouchement : perte abondante, fluide et verdâtre.

Gono-réaction négative.

Prélèvement : quelques diplocoques gram — extra-cellulaires.

Institution d'un nouveau traitement pénicilliné, à raison de 300.000 U. O. par jour pendant 10 jours, puis de 200.000 U. O. pendant les 6 jours suivants.

La malade a reçu, au total :

une première fois, 3.600.000 U. O. en 18 jours par voie générale, associées à 200.000 U. O. en pansements locaux,

au cours d'une deuxième cure, 4.200.000 U. O. par voie générale en 16 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 87. — Madame H... Fernande.

Gonococcie au cours de la grossesse. Diagnostic de salpingite porté au troisième mois.

A l'entrée au Centre, un prélèvement est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné, à raison de 300.000 U. O. par jour pendant 5 jours, associé à un traitement sulfamidé, à raison de 15 grammes d'Irgafen en 3 jours.

Après ce traitement, un nouveau prélèvement est négatif.

La malade est revue un mois après. Un prélèvement est alors positif au gonocoque.

Institution d'un nouveau traitement pénicilliné, à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 4 jours.

Accouchement normal à terme.

Reprise de la pénicilline à raison de 120.000 U. O. par jour pendant 10 jours.

Au total, la malade a reçu :

au cours d'une première cure, 1.600.000 U. O. de pénicilline par voie générale et 15 grammes d'Irgafen,

au cours d'une deuxième cure, 2.000.000 U. O. de pénicilline par voie générale.

Résultat : guérison bactériologique.

Obs. n° 126. — Madame D...

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au terme de 5 mois.

La malade entre au Centre pour leucorrhée abondante.

Un prélèvement cervical est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné, à raison de 120.000 U. O. par jour.

Dose totale : 960.000 U. O. de pénicilline par voie générale.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 169. — Madame M..., 20 ans.

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au voisinage du terme.

Un prélèvement fait à l'entrée du Centre est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 120.000 U. O. par jour pendant 6 jours.

Accouchement au quatrième jour du traitement.

Dose totale de pénicilline : 720.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 6 jours.

Résultat : guérison bactériologique.

Obs. n° 178. — Madame M..., 27 ans.

Gonococcie cervicale au cours de la grossesse, découverte au terme de 2 mois.

A l'entrée au Centre, on note l'existence d'une exocervicite ulcéreuse et d'une endocervicite.

Un prélèvement révèle la présence de gonocoques.

Institution d'un traitement pénicilliné, à raison de 200.000 U. O.

par jour par voie générale, associé à des méchages quotidiens à 15.000 U. O. En même temps, 3 grammes d'Irgafen par jour pendant 8 jours.

La malade reçoit en tout :

1.800.000 U. O. de pénicilline par voie générale,

120.000 U. O. localement,

24 grammes d'Irgafen.

Durée du traitement : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 443. — Madame B..., Marinette, 24 ans.

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au terme de 4 mois.

Un prélèvement fait à l'entrée au Centre est positif au gonocoque.

Gono-réaction positive.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 200.000 U. O. par jour.

Dose totale de pénicilline : 1.800.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 9 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 456. — Madame L... Marguerite.

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au terme de deux mois.

Prélèvement positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné par voie générale, à raison de 200.000 U. O. par jour.

Dose totale de pénicilline : 800.000 U. O. par voie générale.

Durée du traitement : 4 jours.

Résultat :

Guérison bactériologique (disparition des gonocoques).

Obs. n° 416. — Madame S...

Gonococcie au cours de la grossesse, découverte au terme de deux mois.

Entre au Centre pour leucorrhée et douleurs abdominales.

Prélèvement positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

200.000 U. O. par jour par voie générale,

3 infiltrations de 30.000 U. O. dans le col, suivies chacune d'un pansement vaginal à 25.000 U. O.

Dose totale de pénicilline :

2.400.000 U. O. par voie générale,

165.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 12 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique.

Obs. n° 396. — Madame M... Monique.

Gonococcie chez une femme enceinte de 8 mois.

Entre au Centre pour bartholinite gauche.

Traitement de la bartholinite par ponctions et infiltrations de pénicilline.

L'examen du pus montre la présence de gonocoques.

Après guérison de la bartholinite, un prélèvement cervical montre l'existence de gonocoques.

La malade reçoit alors deux infiltrations de pénicilline dans le col de 30.000 U. O., suivies chacune d'un pansement vaginal à 25.000 U. O.

En même temps, la malade a reçu un traitement pénicilliné

par voie générale, à raison de 120.000 U. O. pendant 9 jours, puis de 300.000 U. O. pendant les 12 jours suivants et de 500.000 U. O. pendant les 10 jours suivants, associé à un traitement sulfamidé (17 grammes de Dagénan) en 6 jours.

Dose totale de pénicilline :

au cours du traitement de la bartholinite :

4.680.000 U. O. par voie générale,

50.000 U. O. localement,

au cours du traitement de la gonococcie cervicale :

5.000.000 U. O. par voie générale,

110.000 U. O. localement,

enfin, la malade a reçu, de plus :

17 grammes de Dagénan.

Durée du traitement : 31 jours.

Résultat : guérison de la bartholinite et de la métrite (clinique et bactériologique).

Obs. n° 314. — Madame M... Ernestine.

Métrite gonococcique datant de 1 an. Traitée sans succès par plusieurs cures sulfamidées, par des vaccins.

Entre au Centre pour leucorrhée.

La malade est enceinte de 5 mois environ.

Un prélèvement est positif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte, à raison de 120.000 U. O. par voie générale et de 4 infiltrations locales de 15.000 U. O. et 5 pansements vaginaux à 20.000 U. O. dans les jours qui suivent.

Un prélèvement fait à la fin de ce traitement est négatif.

La malade est revue 2 mois après l'accouchement. Elle présente encore une endocervicite importante.

Prélèvement négatif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

300.000 U. O. par jour par voie générale,

50.000 U. O. en infiltrations quotidiennes pendant 8 jours.

Au total, la malade a reçu :

au cours d'une première cure,

1.400.000 U. O. par voie générale,

160.000 U. O. localement,

durée de la première cure : 13 jours ;

au cours de la deuxième cure,

2.400.000 U. O. par voie générale,

400.000 U. O. localement,

durée de la deuxième cure : 8 jours.

Résultat :

Guérison clinique.

Guérison bactériologique, confirmée 2 mois après.

2°) *Métrites à germes banaux*

Obs. n° 484. — Madame J... Solange, 23 ans.

Métrite chez une femme enceinte de 3 mois.

A l'entrée au Centre, l'examen montre l'existence d'une endocervicite et d'une exocervicite importantes, avec pertes purulentes.

Un prélèvement est négatif au gonocoque.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte, à raison de 200.000 U. O. par jour pendant 5 jours, puis de 300.000 U. O. par jour pendant les 3 jours suivants, par voie générale.

4 infiltrations dans le col de 50.000 U. O., suivies chacune d'un pansement vaginal à 20.000 U. O.

Dose générale de pénicilline :

1.900.000 U. O. par voie générale,

280.000 localement.

Résultat : guérison.

Obs. n° 469. — Madame L... Josette, 21 ans.

Métrite chez une femme enceinte de 2 mois.

Institution d'un traitement pénicilliné mixte :

120.000 U. O. par jour par voie générale,

2 infiltrations de 30.000 U. O. dans le col, suivies chacune d'un pansement vaginal à 30.000 U. O.

840.000 U. O. par voie générale,

120.000 U. O. localement.

Durée du traitement : 7 jours.

Résultat : guérison.

RESULTATS

Notre expérience porte, à l'heure actuelle, sur 50 cas.

Une première discrimination nous paraît importante, suivant qu'il s'agit de métrites à germes banaux ou de métrites gonococciques. D'autre part, suivant que ces métrites se voient au cours de la gestation ou en dehors de la grossesse.

Pour les métrites gonococciques, il nous a paru bon de discriminer les cas où la métrite survenait comme une localisation isolée de la gonococcie et ceux où elle ne représentait qu'une manifestation d'une gonococcie étendue à tout l'arbre génital (bartholinite, salpingite en particulier).

Il nous a paru intéressant également de faire la distinction entre les gonococcies vues précocement et non traitées antérieurement par les sulfamides et, d'autre part, les gonococcies sulfamido-résistantes.

Enfin, au cours des cervicites gonococciques, nous avons voulu comparer les résultats obtenus par le simple traitement pénicilliné général et ceux obtenus dans des cas analogues par la pénicillinothérapie locale et générale.

Un tableau statistique, mieux que des phrases, résume l'ensemble de ces cas :

	Nombre de cas	Dose totale de pénicilline par voie générale	Durée du traitement en jours
Gonococcies non traitées antérieurement par les sulfamides .	8	1.872.000 U. O.	10
Gonococcies sulfamido-résistantes	13	2.220.000 U. O.	11
Cervicites isolées gonococciques	20	1.700.000 U. O.	9.7
Cervicites isolées non-gonococciques	5	672.000 U. O.	5
Cervicites associées à des lésions annexielles	12	2.980.000 U. O.	13
Cervicites associées à des lésions annexielles traitées par l'association pénicilline-sulfamides	5	3.470.000 U. O.	20
Cervicites au cours de la grossesse :			
— gonococciques . . .	12	2.995.000 U. O.	14,5
— non gonococciques.	2	1.350.000 U. O.	7,5
Cervicites gonococciques isolées traitées par pénicilline générale seule	5	1.640.000 U. O.	9,2
Cervicites gonococciques isolées traitées par pénicilline générale plus pénicilline locale	5	1.048.000 U. O.	6,8

AVANTAGES DE LA MÉTHODE.

Les principaux avantages de la méthode se résument pratiquement à ceux-ci :

maximum d'efficacité,
minimum d'innocuité.

L'innocuité est, en effet, un des caractères majeurs de la pénicillinothérapie.

1°) Innocuité générale. — Le traitement est toujours bien supporté et n'altère nullement l'état général.

2°) Innocuité locale. — Les infiltrations n'entraînent aucun désordre. Comme, d'autre part, la thérapeutique vise à guérir les glandes malades et non pas à les supprimer, la guérison se manifeste par une restitution *ad integrum*. Ce traitement est donc sans inconvénient sur la fécondabilité et la parturition.

Par ailleurs, la méthode présente d'autres avantages qui sont loin d'être négligeables.

Il n'y a aucune contre-indication.

La grossesse, nous l'avons vu, n'est pas une contre-indication, ni à la pénicillinothérapie générale, ni même à la pénicillinothérapie locale. Sur les treize cas que nous avons traités, jamais nous n'avons enregistré ni avortement, ni accouchement prématuré. D'autre part, cette thérapeutique peut être effectuée à tous les stades de la grossesse, au début comme dans les jours qui précèdent l'accouchement et être poursuivie même pendant celui-ci et dans les suites de couches (tout au moins pour la pénicillinothérapie générale).

Par ailleurs, les autres lésions infectieuses de l'arbre génital (bartholinite, vaginite, salpingite, pelvipéritonite) ne constituent pas une contre-indication à la thérapeutique, bien au contraire. En effet, la pénicillinothérapie locale et générale a maintenant fait ses preu-

ves dans toutes ces affections, comme en font foi les observations de MAYER et LANVIN. Dans certains cas, la métrite domine le tableau clinique, dans d'autres, au contraire, elle passe au second plan; quoi qu'il en soit, ce qui nous paraît important c'est de dépister tous les repaires microbiens et de les traiter simultanément. Ce fait donne à la pénicilline un avantage majeur sur les thérapeutiques comme l'électrocoagulation ou le Filhos, qui aboutissent à des catastrophes lorsque ces associations sont latentes ou méconnues.

De plus, les indications de la pénicillinothérapie sont très étendues. En particulier, elle permet d'obtenir des succès là où la sulfamidothérapie locale et générale a été mise en échec. On peut donc avoir l'espoir, avec cette méthode de tenir un médicament véritablement efficace contre le gonocoque et d'avoir ainsi la possibilité de diminuer de façon importante le nombre des porteuses de germes.

En effet, en ce qui concerne le gonocoque, la notion d'efficacité est capitale. Car il importe qu'une thérapeutique antigonococcique ait 100 % de succès. Sinon, on risque de détruire uniquement les souches sensibles et de voir se multiplier les souches de gonocoques résistants. C'est d'ailleurs ce qui s'est passé pour les sulfamides. Or, il ne semble pas, jusqu'à présent, que de tels faits se voient avec la pénicilline, à condition que le traitement soit bien conduit en intensité et en durée.

INCONVÉNIENTS DE LA MÉTHODE.

Certaines critiques seront peut-être formulées. Tout d'abord, la nécessité d'une hospitalisation. Mais ne vaut-il pas mieux rester huit ou dix jours à l'hôpital que de se faire traiter sans succès pendant des mois ?

C'est sans doute pour pallier à cet inconvénient que PALMER a traité une métrite du col par injections intra-

cervicales de pénicilline, à raison de 200.000 U. O. en 24 heures, réparties en trois infiltrations dans le col.

Mais actuellement on ne possède ni assez de cas ni assez de recul pour juger cette technique.

Bien que, pratiquement, la pénicilline ne donne aucun accident, certains incidents ont été signalés, en particulier des manifestations cutanées du type allergique. Dans les cas que nous avons traités pour métrite, nous n'avons constaté aucun de ces incidents. Actuellement, au Centre de Pénicillinothérapie de Port-Royal, les statistiques portant sur environ 500 cas révèlent l'existence de deux cas d'urticaire généralisé. L'un, assez prononcé, avec réaction fébrile, ayant duré six jours, l'autre très modéré. Ces incidents furent signalés déjà par les auteurs américains, qui constatent leur fréquence plus grande au cours des maladies cutanées (signalons, au passage que, dans l'un des cas signalés plus haut, la malade était atteinte d'une syphilis en activité). Récemment, De Gennes attribue ces manifestations de sensibilité à la pénicilline à des impuretés plutôt qu'à la pénicilline elle-même : elles sont donc faciles à éviter. En tous cas, de par leur rareté et leur bénignité, elles ne doivent pas entrer en ligne de compte dans le traitement pénicilliné.

L'action abortive de la pénicilline, signalée par Mazingarbe et Palmer dans une publication récente, ne s'est jamais manifestée au cours des traitements effectués au Centre de Port-Royal sur des femmes enceintes. Dans un cas, nous avons constaté l'apparition, dans les heures qui suivirent une infiltration dans le col, de quelques contractions utérines. Celles-ci cédèrent facilement aux opiacés et aux extraits de corps jaune.

Séguy a attribué récemment une action œstrogène à la pénicilline. Nous n'avons jamais constaté chez les femmes en traitement les faits cliniques décrits par cet auteur sous le nom de syndrome d'hyperfolliculinémie.

Dans un cas, une de nos malades a vu ses règles augmenter d'abondance après un traitement mixte local et général. Mais ce fait peut être facilement expliqué par l'hyperémie suscitée par les injections dans le col. Cette hyperémie d'ailleurs se manifeste quel que soit le liquide injecté. Notons, en passant, qu'elle est extrêmement favorable à la bonne répartition de la pénicilline au niveau des lésions et à l'activité tissulaire réparatrice.

D'autre part, nous avons demandé au Professeur ASCHHEIM de vérifier le fondement biologique de l'hypothèse de l'action œstrogène de la pénicilline.

Sur une première série de rates impubères, l'injection de 45.000 U. O. de pénicilline n'a déterminé aucun phénomène congestif au niveau des ovaires et aucun développement utérin. Ce qui infirme la possibilité d'une action gonadotrophique de la pénicilline.

Sur une deuxième série de rates castrées, l'injection de 45.000 U. O. de pénicilline a été impuissante à provoquer des phénomènes d'œstrus.

Donc, si les doses de 45.000 U. O. ne contiennent même pas une unité internationale, même les doses plus importantes employées en thérapeutique sont incapables d'avoir la moindre action œstrogène et gonadotrophique chez la femme.

Parmi les cinquante cas dont nous rapportons les observations, nous avons constaté un echec et deux résultats douteux. S'agit-il de pénicillino-résistance vraie ? Il ne semble pas, d'après l'analyse approfondie de ces trois observations.

Dans le premier cas, la femme a reçu une dose totale de 1.920.000 U. O., mais répartie sur une durée de 19 jours; d'autre part, elle n'a pas reçu de traitement local; de plus, nous n'avons pas pu reprendre une nouvelle cure, car la malade n'est pas revenue. Il s'agit plutôt d'un échec dû à un traitement mal et insuffisamment conduit.

Dans le deuxième cas, on ne peut pas parler de pénicillino-résistance vraie, car le traitement initial avait été manifestement insuffisant et trop court (150.000 U. O. par jour pendant deux jours). Cette femme a d'ailleurs relativement bien réagi à un traitement ultérieur correctement conduit (guérison bactériologique confirmée, mais persistance de sécrétions cervicales légèrement opalines).

Dans le troisième cas, l'on note la persistance de diplocoques gram — extra-cellulaires. Mais dans ce cas, la métrite passait au second plan et la thérapeutique visait surtout la guérison de la salpingite associée. Il semble qu'une fois la salpingite guérie, la malade aurait sans aucun doute bénéficié largement d'un deuxième traitement uniquement cervical.

L'étude de ces trois cas montre l'intérêt d'instituer d'emblée un traitement énergique et suffisant. Sinon, mieux vaut s'abstenir que de risquer de créer des souches de germes pénicillino-résistants.

CONCLUSIONS

La pénicillinothérapie des cervicites est très encourageante.

Nos statistiques portent sur cinquante cas, étudiés avec un recul suffisant, puisque ce traitement a été institué au Centre de Pénicillinothérapie de Port-Royal depuis plus d'un an, en septembre 1945.

D'une façon très générale, et sans considérer les circonstances particulières à chaque catégorie de cas, nous avons constaté les mêmes faits qu'au cours du traitement par la pénicilline des infections non cervicales.

I. — Les infections récentes sont plus accessibles au traitement que les infections anciennes.

II. — Les infections isolées du col sont beaucoup plus sensibles que les infections cervicales associées à d'autres lésions de l'appareil génital.

III. — Les métrites gonococciques sont beaucoup plus rebelles à la thérapeutique pénicillinée et demandent notamment des doses beaucoup plus importantes; en particulier, dans les cas où a été institué antérieurement un traitement sulfamidé.

IV. — Il est nécessaire d'adjoindre le traitement local au traitement général. Car la pénicillinothérapie générale est, dans certains cas, insuffisante à amener

la guérison bactériologique. Ces cas, dont la guérison est très lente, sont ultérieurement beaucoup plus difficiles à stériliser bactériologiquement, même si on entreprend alors une cure mixte. C'est pourquoi il est indispensable d'attaquer l'infection précocément, intensément et complètement, afin d'écarter au maximum les dangers de formation de souches microbiennes pénicillino-résistantes.

V. — Les doses semblent beaucoup plus importantes que ne l'ont signalé récemment certains auteurs. En particulier, les doses nécessaires pour guérir la gonococcie féminine sont beaucoup plus élevées en intensité et en durée que celles employées dans la gonococcie masculine. Ceci n'est pas étonnant, étant donné le caractère chronique de l'infection et la multiplicité des repaires microbiens.

VI. — L'association d'un traitement sulfamidé ne semble ni hâter la guérison, ni permettre l'emploi de doses moins élevées de pénicilline, ni donner de meilleurs résultats. Comme ce traitement n'est pas dénué de danger, il nous semble inutile de l'adjoindre au traitement pénicilliné.

VII. — Il y a lieu de distinguer totalement les cervicites traitées au cours de la grossesse. Celles-ci semblent beaucoup plus difficiles à guérir. Les doses nécessaires sont plus élevées et la durée du traitement plus longue. D'autre part, il n'y a aucun inconvénient à pratiquer dans ces cas des infiltrations de pénicilline locales, à condition de prendre certaines précautions : il est prudent de surveiller la femme après les infiltrations, afin d'inhiber les contractions utérines éventuelles par les extraits de corps jaune et les opiacées. Au centre de pénicillinothérapie de Port-Royal, nous avons traité énergiquement les cervicites au cours de la grossesse et sans noter ni incident, ni accident.

VIII. — Sur les cinquante observations que nous avons colligées, nous n'avons observé qu'un échec et deux résultats douteux, ce qui nous donne un total de 94 % de guérisons absolues.

Vu, le Doyen : BINET

Vu, le Président de Thèse : PORTES

Le Recteur de l'Académie de Paris :

Vu et Permis d'imprimer,
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

1 — Adair (F.-L.), Dack (G.-M.), Long (E.-M.-T.). — Technique bactériologique pour prélever les cultures vaginales et cervicales. (*American Journal of Obst. and Gyn.*, avril 1933).

2 — Allen, Josey (I.), Forest, Firschmann. — La pénicilline dans les gonorrhées sulfamido-résistantes. (*Annals of Internal Medecine*, juin 1945).

3 — Barbeillon (P.). — La blennorragie.

4 — Bastien. — Diathermie et Filhos dans le traitement de la métrite blennorragique. (*Thèse*, Paris, 1928).

5 — Barrand. — Contribution à l'étude de la sulfamido-thérapie locale dans les métrites cervicales. (*Thèse*, Paris, 1942).

6 — Berrod. — *Thèse*, Paris, 1945.

7 — Casham. — Métrites chroniques. (*American Journal of Obst. and Gyn.*, 1924, p. 628).

8 — Cohn, Studdiford, Grunstein. — *J. A. M. A.*, 15 avril 1944.

9 — Cook, Pool, Herrel. — Penicillin in sulfonamide-resistant gonorrhea. (*Proc. Staff and Mayo Clinic*, 1943, p. 433).

10 — Debray (J.-R.). — Gonococcie féminine traitée par la pénicilline. (*Presse Médicale*, 26 octobre 1946).

11 — De Gennes. — Intolérance à la pénicilline. (*Presse Médicale*, 30 novembre 1946).

12 — Douay. — Métrite du col. (*Gynécologie et Obstétrique*, n° 2, 1921).

13 — Durel. — Métrites du col. 1942.

14 — Dutheil. — *Thèse*, Paris, 1936.

15 — Faure (J.-L.), Siredey. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

16 — Green, Blatt, Street. — Penicillin for the treatment of chimio-resistant gonorrhee in the female. (*J. A. M. A.*, 1924. p. 161).

17 — Herrel, Cook, Thompson. — Use of penicillin in sulfonamide-resistant gonorrheal infections. (*J. A. M. A.*, 29 mai 1943).

18 — Koller. — Virulence des germes pendant la puerpéralité. (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, 18 mai 1929 et 5 mai 1934).

19 — Kolodny, Denhoff. — Réactions de sensibilité à la pénicilline. (*The Journal of American Medical Association*. Chicago, 20 avril 1946).

20 — Levaditi, Vaisman. — Mécanisme de l'action curative de la pénicilline. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 19 décembre 1944).

21 — Mayer (M.). — La pénicilline en obstétrique. (*La Puériculture*, mars 1946).

22 — Martin, Nitti, Sureau, Berrod. — La pénicilline et ses applications chimiques.

23 — Mocquot, Palmer. — Dépistage de l'infection gonococcique chronique chez la femme. (*XI^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française*).

24 — Nitti. — La pénicilline. (*Le Médecin Français*, 10 novembre 1944).

25 — Palmer. — Un cas d'endocervicite traitée par la pénicilline. (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1^er avril 1946).

26 — Palmer. — Traitement des endocervicites par infiltrations de sulfamides dans le col. (*Gynécologie et Obstétrique*, 1942).

27 — Palmer, Mazingarbe. — Action abortive de la pénicilline. (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, 1er avril 1946).

28 — Penicillin in gonorrhea. (*The Lancet*, 1944, Tome I, p. 345).

29 — Rieser. — Pénicilline dans le traitement de la blennorragie. (*Echos de la Médecine*, 15 janvier 1945).

30 — Shaffer, Zakon. — Early syphilis wasked and deplared by penicillin in the treatment of gonorrhea. (*Arch. Dermat. and Syph.*, 1944, p. 200).

31 — Séguy. — Métrite chronique du col et stérilité féminine. (*Archives Médicales Françaises*, avril 1931).

32 — Siredey. — Les métrites banales. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1922, p. 581).

33 — Siredey. — La métrite blennorragique. (*La Gynécologie*, décembre 1926).

34 — Strauss. — Cure by penicillin following insuccessfull sulfonamide-treatment in a pregnant woman with gonorrhea. (*America Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1944, p. 271).

35 — Tréfouel. — Pénicilline associée aux sulfamides. (*Presse Médicale*, 20 juillet 1946).

36 — Turpin, Chassagne. — La pénicilline, pharmacologie et thérapeutique, Paris, 1945.

37 — Ungar (J.). — Penicillinase from bacillus subtilis. (*Nature*, London, 19 août 1944).

38 — Von Buscher. — Action de la pénicilline sur les cultures tissulaires. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1946, n° 17).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S